



Anfalls- kalender

Name: _____

Jahr: _____

Anfallsbezeichnungen:

- großer epileptischer Anfall
- Anfall **mit** Bewusstseinsstörung (ohne motorische Symptome)
- Anfall **mit** Bewusstseinsstörung (mit motorischen Symptomen)
- Anfall **ohne** Bewusstseinsstörung (ohne motorische Symptome)
- Anfall **ohne** Bewusstseinsstörung (mit motorischen Symptomen)
- Sturzanfall
- Serie
- andere Anfälle

Monat	Uhrzeit				Uhrzeit				Uhrzeit			
	0-6	6-12	12-18	18-24	0-6	6-12	12-18	18-24	0-6	6-12	12-18	18-24
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

Notizen:


Diakonie Kork
Epilepsiezentrum

Landstraße 1
77694 Kehl-Kork
Telefon (07851) 84-2204
Fax (07851) 84-2203
info@epilepsiezentrum.de
www.epilepsiezentrum.de